

# 身体検査書

住所				
氏名				
男・女				
平成 年 月 日生 ( 歳)				
身長	・ cm	視力 ( )は矯正	右	・ ( . )
体重	・ kg		左	・ ( . )
			両眼	・ ( . )
色覚	(色彩識別能力)	聴力	右	
			左	
既往症				
その他所見				
上記のとおり相違ありません。				
令和 年 月 日				
機関名				
医師				
印				

※ 医療機関等で受診してください。